Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 5 września 1885. № 36. Rok XXIV.

TREŚĆ: I. ZAREWICZ: Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego. — II. Z Dorpackiego Zakładu farmakologicznego. ZALESKI: Ilość i własność żelaza narządów w jednym przypadku cukromoczu (Diabetes mellitus). (Dok.) — III. *Oceny i sprawozdania*: HARRISON: Uwagi nad leczeniem zwężenia cewki moczowéj za pomocą połączenia uretrotomii wewnętrznej z zewnętrzną. — LANGENDORF: Przyczynek do nauki o objawie Cheyne-Stokesa. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego. — V. *Odcinek:* JABŁONOWSKI: Szkice sanitarne z Persyi. I. — VI. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Przyczynek do kazuistyki wycinania wrzodu stwardniałego.

Podał Dr. A. Zarewicz,
prymaryjusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych, docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Czy przez wczesne wycięcie wrzodu stwardniałego można zapobiedz zmianom kiły następowéj, albo téż osiągnąć co najmniéj łagodny przebieg kiły, jestto pytanie, którego, mimo licznych spostrzeżeń, ostatecznie jeszcze nie rozstrzygnięto. Najwymowniejszym tego dowodem był zeszłoroczny VIII Międzynarodowy kongres lekarski w Kopenhadze, na którym przedmiot ten, pomieszczony na porządku dziennym w dniu 12 sierpnia (sprawozdawcą był prof. Dr. Pick z Pragi), wywołał bardzo ożywione rozprawy, które jednakowo nie wydały pożądanych wyników. Dalsze ścisłe spostrzeżenia w tym kierunku mogą jedynie przechylić szalę wartości tego zabiegu terapeutycznego na jedną lub drugą stronę.

Tą zasadą kierując się, postanowiłem ogłosić moje przypadki w liczbie dwunastu, które o tyle jeszcze mają pewną wartość, iż przeważna ich część przez kilka lat obserwowana, może przyczynić się do wyjaśnienia wpływu wycięcia wrzodu stwardniałego na dalszy bieg choroby. Odnośną bardzo rozległą literaturę pomijam, albowiem rzecz sama, zanadto jeszcze świeża, tkwi zapewne dokładnie w pamięci tych lekarzy, których przedmiot ten zajmuje. Aby uniknąć częstego powtarzania się, podaję najprzód sposób w jaki postępowałem przy wycinaniu wrzodu pierwotnego.

Nim przystąpiono do wycięcia wrzodu wymyto dokładnie pole operacyjne 2% rozczynem kwasu karbolowego lub rozczynem sublimatu 1 *pro mille*; następnie ujęto wrzód stwardniały we fałd, poniżéj którego założono poziomo kleszczyki chirurgiczne, a zamknąwszy takowe, jedném cięciem nożyczek, poniżéj kleszczyków dokonaném, oddzielano wrzód. Narzędzia, które używano do tego aktu, zastępowano świeżemi, poprzednio dobrze w 2% rozczynie kwasu karbolowego wymytemi; następnie zeszywano brzegi rany i zakładano opatrunek antyseptyczny. Po operacyi zalecano chorym spokojne zachowanie się przez kilka godzin. Zbyteczne naprężanie członka zwalczać należy przez powszechnie znane odpowiednie postępowanie. Jaki bywał przebieg gojenia się rany, sądzę iż to nam dostatecznie wykażą historyje operowanych przypadków.

W końcu nadmieniam, iż wycinania wrzodu u mężczyzn dokonywano jedynie w tych przypadkach, w których siedzibą wrzodu była wewnętrzna lub zewnętrzna strona napletka lub skóra prącia, albowiem na częściach płciowych mężczyzn jedynie te miejsca przystępne są dla dokładnego wycięcia.

1) W. K., lat 27 liczący, czeladnik szewski, przyjętym został na oddział dla chorób wenerycznych w dniu 6ym marca 1878. Cierpienie ma trwać dopiero od dni 9 i mimo czystości, jaką chory zachowuje, nie okazuje żadnéj dążności do gojenia. W ile dni po spółkowaniu cierpienie wystąpiło pacyjent podać nie umie. W. K. był dotąd zawsze zdrowym, odżywienie jego było bardzo dobre. Na zewnętrznéj stronie napletka po stronie prawéj znajdowały się dwie małe ekskoryjacyje, których powierzchnia pokryta była skąpą wypociną o podstawie nieznacznie stwardniałéj. Gruczoły pachwinowe były po obu stronach nieznacznie powiększone. Zresztą nie zauważono u chorego żadnych zmian. Rozpoznanie pozostawiono na razie w zawieszeniu a choremu polecono czystość i przymoczkę z azotanu srebrowego. Skoro atoli w następnych czterech dniach obie ranki powiększyły się, podstawa ich stała się zbitszą, a gruczoły pachwinowe nieco się powiększyły, postanowiłem, mając już uzasadnione dane do rozpoznania wrzodu stwardniałego, usunąć takowy przez wycięcie, które téż w d. 11/3 wykonałem. Po wycięciu wrzodu okazało się konieczném podwiązanie małéj tętniczki. Rana zagoiła się w przeważnéj części przez rychłozrost, naokoło jednak miejsca, w którém podwiązano tętniczkę, nastąpiło zagojenie przez ropienie. W następnych trzech dniach po wycięciu wrzodu gruczoły

pachwinowe po obu stronach miernie powiększyły się i przybrały charakter właściwy gruczołom, które towarzyszą wrzodowi stwardniałemu. W miejscu wyciętych wrzodów utrzymywała się mierna, bliźnie właściwa, zbitość tkanki.

W dniu 2/4 1878 wypuszczono chorego na własne żądanie ze szpitala, stwierdziwszy następujący stan: w miejscu tém, w którém gojenie nastąpiło przez ropienie, utrzymywała się bardzo mierna zbitość, — gruczoły karkowe i barkowe nie były powiększone, gruczoły pachwinowe utrzymują się niezmiennie powiększone. W jamie ustnéj i na skórze nie było zmian.

W dniu 12/8 1878 chory zgłosił się ponownie do szpitala, skarżąc się na lekki ból gardła i na wysypkę na skórze, która trwa blisko od trzech tygodni. Badanie wykazało: powierzchowne kłykciny sączące na obu łukach gardłowych, na skórze tułowia i odnóg górnych gęste plamy kiłowe, w miejscu obu wyciętych wrzodów linijne blizny, około odbytu znajdowała się jedna powierzchowna kłykcina sącząca; z gruczołów nieco tylko wybitniéj powiększonym był gruczoł barkowy prawy, gruczoły zaś pachwinowe nie były wcale powiększone. Świeżego zarażenia się wykryć nie można było, co zresztą zgadza się z opowiadaniem pacyjenta. Choremu polecono wcierania z 2·00 szaruchy. Po 25 wcieraniach, w czasie których wszystkie zmiany ustąpiły, wypuszczono chorego ze szpitala. Od tego czasu pacyjenta więcéj nie widziałem i dla tego o dalszym przebiegu cierpienia nic powiedzieć nie mogę. Zważywszy jednak, iż w Krakowie istnieje tylko jeden szpital dla chorych wenerycznych, a w tym chory aż po dziś dzień wcale nie był leczonym, przypuścić mogę z pewném prawdopodobieństwem, iż choroba jego co najmniéj nie powróciła w tym stopniu, iżby uwagę pacyjenta na siebie zwróciła.

W przypadku powyższym wycięto wrzód około 14 dnia jego istnienia, rana zagoiła się w przeważnéj części przez rychłozrost, gruczoły pachwinowe z początku były nieznacznie powiększone, na trzeci jednak dzień po wycięciu nieco więcéj się powiększyły, z innych gruczołów był tylko gruczoł barkowy prawy nieco wybitniéj powiększonym. Zmiany następowe wystąpiły dopiero 146 dnia (jeżeli podania chorego przyjmiemy za prawdziwe), a zmiany te bezwarunkowo za łagodne uważać należy.

2) Andrzéj R., l. 21 liczący, czeladnik ślusarski, przyjęty został na oddział dla chorób wenerycznych w dniu 24 marca 1879 r. Pacyjent jest dobrze odżywionym, podaje, iż cierpienie jego trwa od 3ch tygodni, nie może jednak dokładnie oznaczyć w ile dni po spółkowaniu choroba wystąpiła. Przy badaniu zauważono na grzbiecie członka wrzód stwardniały do wielkości niespełna centa dochodzący, o powierzchni gładkiéj, ciemnoczerwonéj, lśniącéj, skąpą i rzadką wydzieliną pokrytéj, o podstawie stwardniałéj. W obu pachwinach były gruczoły powiększone, twarde i niebolesne; inne gruczoły nie były zajęte. Na skórze klatki piersiowéj znajdował się łupież pstry *(Pityryasis versicolor)*. W przypadku tym przystąpiono natychmiast (25/3) do wycięcia wrzodu, ranę zaszyto, opatrunek założono z waty karbolowéj 10%. W d. 27/3 przy zdjęciu opatrunku nie zauważono ani obrzmienia ani zaczerwienienia skóry ranę otaczającéj. Szwy odjęto, rana nie zagoiła się przez rychłozrost, brzegi rany oddalone były od siebie zaledwie na kilka milimetrów, powierzchnia rany pokrytą była skąpą ilością ropy. W d. 8/4 1879 rana była zupełnie zagojoną i okazywała tylko nieznaczną zbitość, bliźnie właściwą. Gruczoły pachwinowe zmniejszyły się, z innych gruczołów tylko wyczuć się dawały gruczoły barkowe po stronie prawéj. Chory opuścił szpital z poleceniem pojawienia się w razie gdyby zauważył jakie zmiany następowe.

W d. 28/4 r. 1879 chory powrócił do szpitala z powodu zmian, które od kilku dni zauważył. Badanie wykazało: gruczoły karkowe zaledwie wymacać się dają, barkowe po stronie prawéj powiększone, pachwinowe były po obu stronach powiększone, zbitości twardéj, niebolesne. W jamie ustnéj zaczerwienienie całego podniebienia miękkiego ściśle na granicy twardego odgraniczone, z lekkim szarym nalotem łuków. Na tułowiu i odnogach górnych skąpa rozsiana wysypka plamista wyniosła, tu i owdzie z guzkami kiłowemi pomięszana. Wysypka ta nieco liczniéj wystąpiła na ramionach, w okolicy pachowéj po jednéj i drugiéj stronie, także na wewnętrznéj stronie obu barków. Na czole w pobliżu łuku brwiowego prawego, na samym łuku brwiowym prawym i na kości goleniowéj lewéj w górnéj jéj części znajdowały się mierne obrzęki od okostnéj pochodzące, ze skórą niezaczerwienioną, przesuwalną. Obrzęki te przy ucisku sprowadzały choremu mierny ból. Na prąciu w miejscu wycięcia wrzodu linijna blizna sinawo czerwona z konsystencyją bliźnie właściwą. Na mosznach i około odbytu nie było żadnych zmian. Zalecono choremu wcierania maści szaréj z 3·0 na dawkę. Wcierań tych zrobił chory 30. W dniu wyjścia chorego ze szpitala (31/5) zapisano w historyi choroby następujący stan: zmiany na skórze, na błonie śluzowéj i na okostnéj ustąpiły, gruczoły pachwinowe po obu stronach zmniejszyły się, barkowe po stronie prawéj wymacalne, a karkowe wcale niepowiększone.

W przypadku tym wycięto wrzód 21 dnia jego trwania, rana zagoiła się w 14 dniach przez ropienie, po wycięciu wrzodu stwardniałego zmniejszyły się gruczoły pachwinowe. Zmiany ogólne wystąpiły około mniéj więcéj 56 dnia (od czasu pojawienia się zmiany pierwotnéj licząc), a jakkolwiek zajęte były prócz skóry, błona śluzowa jamy ustnéj i okostna, toć mimo to przyznać należy, iż wszystkie te zmiany odznaczały się mierném natężeniem, tak że przypadku tego nie waham się zaliczyć również do łagodnie przebiegających przypadków kiły. Czy u chorego kiła powróciła nie jest mi wiadomo, w szpitalu jednak krakowskim więcéj razy nie był leczonym.

3) W. K., l. 35 liczący, obywatel, jest dobrze odżywionym. Chory twierdzi, iż po raz ostatni spółkował na tydzień przed pojawieniem się obecnéj zmiany chorobowéj; przyczynę powstania cierpienia przypisuje ostatniemu spółkowaniu. Pierwsze objawy zauważył d. 25/5 1879 a po raz pierwszy był badany w dniu 27 tegoż miesiąca. W dniu tym na wewnętrznéj stronie napletka po stronie lewéj w oddaleniu niespełna 1cm. od rowka zażołędnego znajdowała się ekskoryjacyja wielkości małego grochu, cienkim strupkiem pokryta. Podstawa jéj była lekko naciekła, nieco rozmiary ranki przekraczająca. Po odmoczeniu strupka ekskoryjacyja przedstawiała gładką ciemno-czerwoną powierzchnię. W obu pachwinach ani śladu powiększenia gruczołów. Nie mogąc nic stanowczego powiedzieć co do natury ekskoryjacyi poleciłem czystość i przemoczkę azotanu srebrowego w stosunku 1:300. We dwa dni późniéj, t. j. w dniu 29/5, ekskoryjacyja nieco się powiększyła, powierzchnia jéj ciemno-czerwona w środku samym miseczkowato się zagłębiła, okazując zarazem w miejscu zagłębienia szarą ściśle przylegającą wypocinę. Podstawa ekskoryjacyi przybrała na zbitości, skóra otaczająca rankę była lekko zaczerwienioną. W pachwinie lewéj wyczuć można było lekko powiększony gruczoł, przy naciskaniu niebolesny. Z przebiegu i przypadków towarzyszących nabyłem pewności o naturze zmiany chorobowéj, dla tego téż tego samego dnia, zgodnie z życzeniem pacyjenta, wyciąłem wrzód stwardniały. Po wycięciu okazało się koniecznem podwiązanie małéj lecz uporczywie broczącéj tętniczki. Brzegi rany zeszyto i założono opatrunek z 11% waty salicylowéj; choremu zalecono leżenie w łóżku.

W d. 31/5 rano zdjęto po raz pierwszy opatrunek; rana prócz lewego jéj kąta, w którém podwiązano tętniczkę, była zupełnie zagojoną, obrzmienia lub zaczerwienienia naokoło rany nie zauważyłem żadnego. Szwy odjęto, opatrunek założono taki sam jak bezpośrednio po operacyi. Gruczoł pachwinowy lewy wcale się nie powiększył.

Dalszy przebieg był następujący: zagojenie rany utrzymywało się stale, miejsce operowane nie okazuje żadnego nacieku; po stronie jednak lewéj naokoło niedającéj się oddzielić przewiązki (*ligatura*) wytworzyło się małe obrzmienie, z którego za uciskiem wydzieliła się kropelka ropy. Po odejściu jednak przewiązki ranka zagoiła się w 4 dni, a obrzmienie zwolna ustąpiło.

W dniu 16 po wycięciu wrzodu gruczoł pachwinowy lewy powiększył się doszedłszy do wielkości sporego orzecha laskowego.

Do dnia 11/9 mimo to, iż chory co 3 dni był badanym, nie zauważyłem żadnych zboczeń, w tym dniu zaś stan chorego przedstawił się jak następuje: gruczoły karkowe niezajęte, gruczoły barkowe po obu stronach lekko powiększone, więcéj jednak po stronie lewéj, niż po stronie prawéj, gruczoł pachwinowy lewy pozostał w tym samym stopniu powiększony, do jakiego doszedł w kilka dni po operacyi. Na łuku podniebiennym prawym i na migdałku prawym zauważono powierzchowną kłykcinę sączącą, którą przytuszowano kamieniem piekielnym. Choremu polecono prócz tego płukać jamę ustną 2% rozczynem chloranu potasowego. W miejscu wyciętego wrzodu najmniejszego śladu jakiegokolwiek nacieku.

Główne zmiany następowe wystąpiły dopiero dnia 16/9 w formie plam gęsto po wewnętrznéj stronie obu przedbarczy nagromadzonych, rzadziéj po wewnętrznéj stronie obu barków, a bardzo skąpo po bokach klatki piersiowéj i na brzuchu. Zmiany w jamie ustnéj polepszyły się śród leczenia miejscowego, na górnéj jednak wardze ust wystąpiła świeża mała kłykcina sącząca.

Skoro do dnia 20/9 nie zaszły żadne zmiany w powyżéj opisanym stanie chorobowym, rozpoczęto w dniu tym leczenie ogólne za pomocą wcierań z szaruchy w ilości 3·00 na dawkę. Wcierań tych chory zrobił 30, jakkolwiek do usunięcia zmian niespełna połowa tychże była wystarczającą. Od tego czasu aż do dnia dzisiejszego często widuję pacyjenta, i aż dotychczas nie zauważyłem u niego żadnego powrotu choroby.

W powyższym przypadku pierwsze objawy następowe wystąpiły w 110 dni od czasu pojawienia się wrzodu pierwotnego, jako zmiany w jamie ustnéj. Zmiany ogólne były bardzo łagodne. Wrzód wycięto dnia piątego, zagojenie nastąpiło przez rychłozrost niemal na całéj przestrzeni z wyjątkiem miejsca, w którém podwiązano tętniczkę, a gdzie aż do odejścia przewiązki utrzymywało się małe ropienie. W dniu 16, licząc od wycięcia wrzodu, powiększył się gruczoł pachwinowy. Powrotów choroby jak dotąd, a zatém przez przeciąg czasu lat z górą pięciu, nie było żadnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z Dorpackiego Zakładu farmakologicznego.

Ilość i własności żelaza narządów w jednym przypadku cukromoczu (*Diabetes mellitus*).

Podał Dr. Stanisław Szczepan Zaleski,
Asystent tegoż Zakładu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Metody ilościowego oznaczania żelaza.

Za punkt wyjścia przy wyborze tych metod przyjęto, ażeby rozbiór za pomocą miareczkowania kameleonem służył jednocześnie za kontrolę rozbioru przez ważenie. Otrzymanie tak jedną jak i drugą drogą jednych i tych samych, albo téż bliskich sobie, wyników jest dla pracującego najlepszą rękojmią ścisłości. Gdzie się tylko dało, użyto do spopielenia możliwie wielkich ilości narządów, aby t. zw. błąd ze spostrzeżeń jak najwięcéj zredukować. Samo spopielanie pokrajanego (gdzie to było niezbędném) na kawałki narządu odbywało się w dużych, platynowych miskach po dodaniu odpowiedniéj ilości sody. Zwęgloną masę wytrawiano wodą, przyczém przesączyna nigdy nie zawierała żelaza. Osad, nierozpuszczalny w wodzie, wraz z sączkiem bez popiołu ulegał ponownemu spopieleniu. W ten sposób otrzymywałem zawsze zupełne spopielenie narządu i całkiem bez strat spostrzedz się dających. To téż uważam drogę tę i dla przyszłych badań tego rodzaju za najpewniéj i najrychléj prowadzącą do celu, a przedewszystkiém nie wymagającą tyle zachodu, ile np. metoda spopielania podana przez Stachela (*Der Eisengehalt in Leber und Milz nach verschiedenen Krankheiten. Virch. Arch.* 1881, Tom 85, str. 26). Rozpuszczoną całkowicie w kw. solnym spopielinę zobojętniano amonijakiem aż do nastania słabo-kwaśnego oddziaływania i dodawano następnie octanu amonowego na zimno. Nadmiar kw. fosforowego w stosunku do żelaza okazał się tylko w wątrobie, szpiku kostnym, mózgu i trzustce. W tych przeto narządach oznaczano żelazo jako fosforan zwykłą drogą, a następnie zważony fosforan żelaza na nowo rozpuszczano w kw. solnym, odparowywano kw. solny prawie zupełnie, do pozostałości dodawano kw. siarkowego, redukowano w znany sposób za pomocą zynku i miareczkowano, przyczém titr był oznaczony na metaliczne żelazo. Ponieważ z popiołu, pochodzącego ze śledziony, wydzielił się za dodaniem octanu amonowego obfity brunatno-czerwonawy osad, świadczący o nadmiarze żelaza w stosunku do kw. fosforowego, zagrzano przeto całą masę na porcelanowéj miseczce, zobojętniono nadmiar kw. octowego amonijakiem aż do nastania słabo-kwaśnego oddziaływania, odcedzono na gorąco, przemyto gorącą wodą, zawierającą octan amonowy i przekonawszy się, że przesączyna nie zawiera żelaza, wysuszono osad i wyprażono go po spaleniu sączka. Otrzymano w ten sposób niedokwas wraz z fosforanem żelaza. Przez rozpuszczenie masy w kw. solnym i miareczkowanie w sposób powyżéj wskazany, otrzymano w tym razie ilość żelaza jedną tylko metodą. Jeszcze w inny sposób oznaczano żelazo we krwi, gdzie téż nie było nadmiaru kw. fosforowego w stosunku do żelaza. Po rozpuszczeniu popiołu w kw. solnym i dodaniu kw. winowego, a potém amonijaku, strącano żelazo jako siarczek za pomocą siarczku amonu. Po otrzymaniu w znany sposób z siarczku żelaza niedokwasu żelaza, zważono ten ostatni i znów w podany sposób miareczkowano. Żółć (10,2433) zawierała tylko ślady żelaza ilościowo oznaczyć się niedające. Jako fosforan żelaza nie wydzielił się z niéj żaden zgoła osad, jako siarczek żelaza za pomocą siarczku amonowego kilka zaledwie kłaczków czarnych po długiém trzymaniu w cieple roztworu zielonawego. Przez cały ciąg rozbioru używano wyłącznie sączków bez popiołu i odczynników, które wpierw wypróbowano, iż nie zawierają żelaza.

Oznaczenia suchéj istoty każdego z wymienionych narządów dokonywano przy 110°C. z wyjątkiem mózgu, który z wiadomych względów suszono przy 90°C., a potém w próżni nad kw. siarkowym. Zarówno nasze jak i wszystkie dotąd

ogłoszone rozbiory narządów co do żelaza, ściśle biorąc, nie wyrażają istotnéj ilości żelaza w nich zawartéj, ponieważ i krew każdego organu spopieleniu uledz musiała. Na żywych zwierzętach można krew z narządów zupełnie usunąć przez przepłukanie ich naczyń. Daje się téż to niekiedy osiągnąć i na świeżych jeszcze narządach po natychmiastowém wyjęciu ich z ustroju tylkoco zabitego zwierzęcia i przepłukaniu. W szeregu dotąd nieogłoszonych doświadczeń [1]) oznaczyłem w ten sposób ilość żelaza w wątrobie i śledzionie. Inaczéj rzecz się ma z narządami z trupów, zazwyczaj nieświeżemi, te bowiem bezwarunkowo przepłukać się nie dają. Dla tego téż jedyna droga dla oznaczenia w nich istotnéj ilości żelaza polegaćby powinna na oznaczeniu średniéj ilości krwi dla każdego narządu z osobna i na odjęciu ilości żelaza na krew przypadającéj, od ogólnéj ilości żelaza w narządzie. Według prac Rankego (*Die Blutvertheilung itd. Leipzig, 1871. cf. Ber. üb. d. Fortschr. d. An. u. Physiol. v. Henle itd. 1871, str. 193)*, Gscheidlena (*Würzb. physiol. Unters. III, p. 141 cf., Med. Cntrbl., 1869, p. 277*) i Flüggego (*Ueber den Nachweis des Stoffwechsels in der Leber. Zeit. f. Biol. 1877, Bd. 13 p. 133*) ilość krwi wynosi w okrągłych cyfrach: w wątrobie 28%, śledzionie 12,5%, mózgu i rdzeniu przedłużonym 5,5%. Ilości te odnieść jednak należy do krwi, będącéj w danéj chwili w obiegu i przez podwiązanie naczyń w odpowiednim narządzie zatrzymanéj. Dla naszego przypadku, gdzie masa krwi wyciekła z mniejszych i większych naczyń pokrajanych narządów, mają one tylko bardzo względną wartość, a jak dalece względną, przekonywa najdowodniéj obliczenie, dokonane w ten sposób dla wątroby. Średnia ilość jéj żelaza wynosi, według podanych poniżéj rozbiorów 0,0165%. Dla 28% krwi téj wątroby wypada z obliczenia 0,0207 żelaza, ponieważ krew choréj na cukromocz zawiera go 0,0742%; otrzymuje się więc tym sposobem wynik ujemny, gdyż 0,0207 żelaza krwi w wątrobie przedstawia ilość o 0,0042 większą, aniżeli ilość żelaza, przypadająca na całą wątrobę, poddaną rozbiorowi (0,0165%). Wzajemna zgodność rozbiorów krwi co do ilości żelaza przez ważenie i przez miareczkowanie wyklucza wszelki błąd z téj strony. Jedynie więc przyjąć należy, że cyfrę 28% dla pokrajanéj na kawałki wątroby, zawierającéj nadto tak szerokie naczynia, jak *v. cava* i *v. portae*, za nadto wysoko obliczono. Nadto wobec makrochemicznych wyż wymienionych odczynów obecność żelaza w saméj istocie tkanek wątroby żadnéj zgoła wątpliwości nie ulega. Inne są wyniki dla śledziony i dla mózgu, jeżeli od ilości żelaza przypadającéj na każdy z tych narządów odejmiemy ilości tegoż dla 12,5% wzgl. 5,5% krwi, na istotę śledziony przypadałoby w takim razie 0,0428% Fe, na istotę mózgu — 0,0002% Fe. Obie te wartości, jakkolwiek nieujemne, są jednakże — rzecz oczywista — o wiele za niskie. Ponieważ droga przypuszczalnego, choć racyjonalnego, obliczenia bardzo jest zwodniczą, jak przykład wątroby nauczył, nie pozostawało nic innego, jak zgodnie z resztą autorów uważać wartości otrzymane wprost i bez żadnéj redukcyi za prawidłowe ilości żelaza w danym narządzie.

Wyniki ilościowego oznaczania żelaza.

1. Krew.

przez ważenie 0,0766% Fe we krwi 0,3826% Fe w suchéj ist. krwi,
" miareczk. 0,0719% " " " 0,3591% " " " " "
średnio 0,0742% " " " 0,3708% " " " " " .

[1]) Wzmianka o nich patrz: W. Podwysocki: O farmakologii żelaza. Przegl. Lek., 1885, Nr. 19—23.

2. Wątroba.

przez ważenie I rozbiór: 0,0169% Fe w wątrobie
" " II " 0,0162% " " "
przez miareczkow. I " 0,0170% " " "
" " II " 0,0159% " " "
średnio: 0,0165% " " "
czyli: 0,0685% " w suchéj ist. wątr.

3. Śledziona.

przez miareczkowanie: 0,0521% Fe w śledzionie
czyli: 0,2240% " " suchéj istocie śledziony.

4. Szpik kostny.

przez ważenie: 0,0131% Fe w szpiku kostnym
" miareczk.: 0,0163% " " " "
średnio: 0,0147% " " " "
czyli: 0,0171% " " such. ist. (i tłuszczu) szpiku kost.

5. Żółć.

Zawiera zaledwie ślady żelaza.

6. Trzustka.

przez ważenie: 0,0118% Fe w trzustce
" miareczk.: 0,0132% " " "
średnio: 0,0125% " " "
czyli: 0,0440% " " w suchéj istocie trzustki.

7. Mózg.

przez ważenie: 0,0046% Fe w mózgu
" miareczk.: 0,0038% " " "
średnio: 0,0042% " " "
czyli: 0,0166% " " suchéj istocie mózgu.

Dowody w liczbach.

1. Krew.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

Odważono: 1,9059 krwi
po wysuszeniu stracono: 1,5244 "
zatém: 0,3815 suchéj istoty we krwi
czyli: 20,02% " " " " .

B) Oznaczenie żelaza:

Spopielono: 46,9632 krwi
przez ważenie otrzymano: 0,0514 Fe_2O_3=0,0359 Fe
zużyto kameleonu 66,00 sz.cm. co odpowiada: 0,0337 "
titr kameleonu: 0,000512.

2. Wątroba.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

I. Rozbiór: odważono: 3,3058 wątroby
po wysuszeniu stracono: 2,5101 "
zatém: 0,7957 suchéj istoty w wątrobie
czyli: 24,069% " " " " .

II. Rozbiór: odważono: 2,9714 wątroby
po wysuszeniu stracono: 2,2552 "
zatém: 0,7162 suchéj istoty w wątrobie
czyli: 24,103% " " " "
średnio z obu rozbiorów: 24,086% " " " " .

B) Oznaczenie żelaza.

I. Rozbiór: Spopielono 135,15 wątroby
przez ważenie otrzymano: 0,0617 $Fe_2(SO_4)_2$=0,0228 Fe
zużyto kameleonu: 44,95 sz. cm. co odpowiada: 0,0230 "
titr kameleonu: 0,000512.

II. Rozbiór: Spopielono: 154,40 wątroby
przez ważenie otrzymano: 0,0676 $Fe_2(SO_4)_2$=0,0250 Fe
zużyto kameleonu: 47,80 sz. cm. co odpowiada 0,0244 "
titr kameleonu: 0,000125.

3. Śledziona.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

Odważono: 1,3963 śledziony
po wysuszeniu stracono: 1,0725 „
zatém: 0,3238 suchéj istoty w śledzionie
czyli 23,26% „ „ „ „ .

B) Oznaczenie żelaza.

Spopielono: 95,07 śledziony
zużyto kameleonu: 96,80 sz. cm. co odpowiada 0,0495Fe
titr kameleonu 0,000512.

4. Szpik kostny.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

Odważono: 0,8535 szpiku kostnego
po wysuszeniu stracono: 0,1252 „ „
zatém: 0,7283 such. ist. (i tłuszczu) w szp. kost.
czyli: 85,33% „ „ „ „ „ „ .

B) Oznaczenie żelaza:

Spopielono 7,6793 szpiku kostnego
przez ważenie otrzymano: 0,0027$Fe_2(PO_4)_2$=0,0010Fe
zużyto kameleonu 2,45 sz. cm. co odpowiada 0,0011 „
titr kameleonu: 0,000512.

5. Trzustka.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

Odważono: 1,1837 trzustki
po wysuszeniu stracono: 0,8502 „
zatém: 0,3335 suchéj ist. (i tłuszczu) w trzustce
czyli: 28,17% „ „ „ „ „ .

B) Oznaczenie żelaza:

Spopielono: 68,30 trzustki
przez ważenie otrzymano: 0,0217$Fe_2(PO_4)_2$=0,0080Fe
zużyto kameleonu 17,55 sz. cm. co odpowiada 0,0089 „
titr kameleonu 0,000512.

6. Mózg.

A) Oznaczenie suchéj istoty:

Odważono: 1,8604 mózgu
po wysuszeniu stracono: 1,3878 „
zatém: 0,4726 suchéj istoty w mózgu
czyli: 25,43% „ „ „ „ .

B) Oznaczenie żelaza:

Spopielono: 168,10 mózgu
przez ważenie otrzymano: 0,0210$Fe_2(PO_4)_2$=0,0077Fe
zużyto kameleonu 12,60 sz. cm. co odpowiada 0,0064 „
titr kameleonu: 0,000512.

Własności żelaza w narządach.

Makro- (wzgl. mikro-) chemiczne odczyny wskazują, że żelazo przenika całą tkankę narządu, którego składnik stanowi. Wnosić ztąd należy, że stanowi ono część integralną każdéj zapewne komórki, a przedewszystkiém jéj protoplazmy. Wniosek podobny stwierdza doświadczenie: kawałek wątroby lub śledziony, wygnieciony przez gałganek w destylowanéj wodzie, albo w 0,75% roztworze soli kuchennéj, daje płyn mętny, w którym zawarte są nienaruszone w swéj całości oddzielne komórki narządu, podczas gdy tkanka łączna tegoż w płatku płótna pozostaje. Z mętnego płynu osadzają się po niejakim czasie na dnie komórki. Jeżeli zlejemy z nich brudny i krwisty płyn, przemyjemy je kilkakrotnie i zbierzemy na porcelanowéj miseczce, albo szkiełku od zegarka, wykonamy z niemi odczyny na żelazo, jakie powyżéj podano, otrzymamy zupełnie te same zjawiska, tj. wyraźne zabarwienie za każdym razem, gdy komórki w większéj są masie, mniéj wyraźne gdy w mniejszéj. Według badań Bungego (*Ueber die Assimilation des Eisens. Zeitschr. f. physiol. Chem.* 1885, IX Heft 1) roztwór 10 cm. sz. 25% kw. solnego w 90 cm. sz. 96% wyskoku wyciąga bezwarunkowo nieorganiczne związki żelaza, jeżeli ciała, w których się one znajdują, wody zupełnie pozbawimy. Dla tegoteż pragnąc się przekonać, jakiéj przyrody jest żelazo narządów u chorych na cukrzycę, nalewałem kawałki narządów, poprzednio dokładnie przy 110°C. wysuszone, wspomnianą mięszaniną. Okazało się, że płyn przez Bungego podany, już po godzinie niespełna dawał wyraźny odczyn żelaza. Aby usunąć zarzut, że wysoka ciepłota 110°C. rozkładała organiczne związki żelaza, albo też że żelazo, wyciągnięte przez wyskok i kw. solny pochodzi z surowicy krwi narządów, rozcierałem kawałki narządów w 96% wyskoku leżące na papkowatą masę, przemywałem tę ostatnią wielokrotnie 96% wyskokiem i dopiero wtedy zalewałem płynem Bungego. I w tym razie przesączyna już po godzinie lub dwóch dawała wyraźne odczyny żelaza. Ograniczając się do tego faktu wyłącznie, przyjąćby należało, że żelazo w narządach u choréj na cukromocz, częściowo przynajmniéj, zawarte jest jako związek nieorganiczny. Wnioskowi jednak podobnemu przeczą bezwarunkowo makro- i mikro-chemiczne odczyny. Widzieliśmy, że zabarwienie pod wpływem żelasinku potasu występuje dopiero za dodaniem odpowiedniéj ilości kw. solnego. Nadto ani kw. garbnikowy, ani salicylan sodu, odczynniki, według ustnych zapewnień Bungego, dla nieorganicznych połączeń żelaza bez wolnego kwasu niezawodzące nie dają w danym razie żadnego zgoła odczynu.

Z pracy Podwysockiego (ojca) wiadomo, że w sposób podobny zachowują się sztuczne białkany żelaza (Podwysocki l. c.), które jednak, jak stwierdził Bunge, oddają swoje żelazo do roztworu kw. solnego i wyskoku (Bunge l. c., p. 52). Dla tego też nie należy do nieprawdopodobieństw, że żelazo narządów zawarte jest w nich w postaci białkanów. Mniéj jest prawdopodobném, że żelazo narządów stanowi t. zw. Nucleo związek, identyczny, albo analogiczny z hematogenem Bungego, którego jak wiadomo, charakterystyczną własność stanowi to że żelaza swego nie oddaje do roztworu kw. solnego w wyskoku przyrządzonego w stosunkach przez Bungego podanych.

Dla komórek wątroby Plosz określił (*Ueber die eiweissartigen Substanzen der Leberzelle. Pflüg. Arch. f. Physiol.* 1873. VII. p. 371) bliżéj cały szereg istot białkowatych, dla tego więc narządu specyjalnie przyjęcie żelaza jako związku z białkiem, najwięcéj istocie rzeczy odpowiadać się zdaje. Przypuszczenie to potwierdzają także moje własne doświadczenia na wątrobach zwierzęcych, zupełnie krwi pozbawionych. W każdéj z istot białkowatych wątroby, przez Plosza wskazanych, wykryłem żelazo.

Fakt, że odczyny z siarsinkiem potasu i żelasinkiem potasu nigdy nie zawodzą, gdy nadżelasinek potasu **nigdy odczynu nie daje** [1]), każe nam przypuszczać, że żelazo z istotami białkowatemi tworzy t. zw. **białkan żelazawy**. Nieprawdopodobném wydaje się, aby dodanie kropli roz-

[1]) Wyjątek stanowi żółć. W ten sposób udało mi się wykryć, że żelazo stanowi w żółci połączenie, odpowiadające niedokwasowi. Ma to miejsce nietylko dla żółci w podanym przypadku cukromoczu, lecz i dla żółci w ogóle. Bliższe szczegóły w tym względzie podam niedługo w osobnéj pracy do wiadomości ogółu.
Przyp. autora.

cieńczonego kw. solnego w zwykłéj ciepłocie pociągnąć za sobą miało całkowite w jednéj chwili, utlenienie białkanu żelazawego na białkan żelazowy.

Zestawiając wyniki zbadanego przypadku z wynikami podanego przez Quinckego spostrzegamy następujące charakterystyczne różnice: Ani brunatnawo-rdzawy barwik narządów, ani jakiekolwiekbądź oddzielne miejsca tychże nie dają w naszym przypadku żadnego zgoła odczynu żelaza w postaci bądź oddzielnych, bądź skupionych ziarn lub bryłek, jak to miało miejsce w przypadku Quinckego. Nadto kora mózgowa, przez nas badana, bezwarunkowo daje odczyn żelaza i względnie nawet silniejszy, niż istota rdzenna mózgu; w przypadku Quinckego jestto jedyny narząd zawodzący w odczynie żelaza na siarczek amonu. Wreszcie ilości żelaza w wątrobie naszego przypadku cukromoczu, same przez się niewielkie przedstawiają się jako nader małe w porównaniu z ogromną ilością 3,607%Fe dla suchéj istoty podaną przez Quinckego.

O ile ilości żelaza w narządach naszego przypadku różnią się od ilości żelaza w narządach zupełnie prawidłowych, powiedzieć dziś trudno, ponieważ brak zupełnie rozbiorów co do żelaza w bezwzględnie prawidłowych narządach. Rozpocząłem wprawdzie badania w tym kierunku dzięki uprzejmości prof. med. sąd. Körbera, który mi przyrzekł pozostawić do rozporządzenia po dokonanéj sekcyi wszelkie przypadki morderstw, zakończonych nagłą śmiercią. Zebrałem jednak dotąd bardzo mało spostrzeżeń. Gdyby i kto inny podjął pracę w tym kiśrunku w miastach, gdzie odnośna kazuistyka liczniejsza, wypełniłby jednę z ważniejszych szczerb spółczesnéj fizyjologii.

Wyniki pracy niniejszéj streścić się dają w następujący sposób:

1) Żelazo zawarte jest w narządach w dwóch postaciach: w jednéj z nich przenika na wskroś całą tkankę narządu, w drugiéj tworzy osobne złogi; bardzo być może, że istnieje jeszcze i trzecia skombinowana postać dla żelaza (t. j. jednolitego przenikania całéj tkanki i złogów niezależnie od siebie).

2) W pierwszéj swéj postaci stanowi żelazo integralną część komórek danego narządu (przynajmniéj w śledzionie i wątrobie).

3) Przy stosowaniu odczynników żelaza wprost na dany narząd należy przedewszystkiem wykonywać próby makrochemiczne.

4) Mikroskop sam przez się jest środkiem do badania mikrochemicznych odczynów pewnym tylko o tyle, o ile żelazo zawarte jest w narządach w postaci osobnych złogów, duże ilości tegoż zawierających.

5) Brunatno-rdzawe złogi barwika, spostrzegalne pod mikroskopem w wielu narządach jako bardzo częste anatomopatologiczne zjawisko, nie w każdym przypadku cukromoczu dają odczyn żelaza.

6) *Siderosis* narządów w pojęciu Quinckego (żelazo w postaci złogów w narządach) nie jest w cukromoczu zjawiskiem stałém.

7) Nadmierne ilości żelaza w wątrobie i innych narządach (o ile o nadmiernych ilościach może być mowa z powodu braku rozbiorów co do ilości żelaza w prawidłowych narządach) nie są stałym objawem każdego przypadku cukromoczu.

8) W opisanym powyżéj przypadku znajduje się żelazo w narządach w postaci mniéj trwałego związku organicznego, zapewne w połączeniu z istotami białkowatemi jako ich niedokwas.

9) Nie we wszystkich przypadkach cukromoczu brak jest odczynów żelaza ze strony mózgu.

10) Ilość żelaza we krwi może być w cukromoczu stosunkowo nawet dość znacznie po nad ilość prawidłową zwiększoną [0,0742% : 0,055% (Stachel)].

Makro- i mikrochemiczne preparaty z niniejszego przypadku okazano prof. Thomie. Stud. med. tutejszego Uniwersytetu p. Szymonowi Epszteinowi, składam podziękowanie za pomoc przy wykonywaniu skrawków mikroskopijnych.

III. Oceny i sprawozdania.

Reginald Harrison (Liwerpol): **Uwagi nad leczeniem zwężenia cewki moczowéj za pomocą połączenia uretrotomii wewnętrznéj z zewnętrzną.**

Autor na podstawie długoletniego doświadczenia w praktyce szpitalnéj i prywatnéj poleca wykonanie obu uretrotomij naraz w pewnych wyjątkowych przypadkach, gdzie nie można zastosować metody dilatacyjnéj, t. j. gdzie takowa z powodu postępującego zmniejszania się światła cewki moczowéj więcéj nie wystarcza, mianowicie jeżeli chory jest skłonnym do napadów zatrzymania moczu i innych ważnych powikłań. Wielu autorów mających wielkie doświadczenie na tém polu chirurgii zaleca w podobnych przypadkach uretrotomiję wewnętrzną, H. nie zgadza się jednak z tém i z tego powodu poczytuje sobie niejako za obowiązek poddać krytyce uretrotomiję wewnętrzną i na podstawie długoletniego doświadczenia i badań w tym kierunku uzasadnić braki, jakie przedstawia ta operacyja oraz osłabić zapatrywania co do korzyści, jakie ma przynosić. Najpierw po wykonaniu uretrotomii wewnętrznéj występuje często bez powodów gorączka, nie rzadko nawet zabójcza i to nie zwyczajna gorączka pooperacyjna, ale poprzedzona zazwyczaj dreszczem a w przebiegu swoim raz łagodna to znowu groźna. Towarzyszy jéj czasem zatrzymanie moczu i kończy się czasem niekorzystnie w przypadkach, które się właśnie nadawały do operacyi, a po śmierci nie możemy dokładnie wyjaśnić przyczyny śmierci i stanu chorobowego. Powtóre uretrotomija wewnętrzna nie przedstawia lepszych trwałych wyników operacyjnych, niż inne metody leczenia; przypadki, w których autor przecinał zwężenia od wewnątrz należały do najgorszych pod względem wyników; nadto chory musi wprowadzać sobie po téj operacyi świeczki przez resztę swego życia, co nam wskazuje, że w najlepszym razie tylko częściową korzyść sprowadziliśmy choremu. Z powodu tych przypadów wielu chirurgów waha się stosować uretrotomiję wewnętrzną chyba w wyjątkowych okolicznościach; mimo to z drugiéj strony ze względów teoretycznych należałoby poprzeć tę operacyję. Gdybyśmy mogli zastąpić uretrotomiję wewnętrzną jaką inną ten sam cel spełniającą operacyją, po któréj nie nastawałaby gorączka albo intoksykacyja septyczna i po któréjby rana goiła się blizną, nieprzedstawiającą nierównéj dyspozycyi pod względem kurczenia się, moglibyśmy złagodzić, jeżeli nie usunąć, najważniejsze niekorzyści połączone z uretrotomiją wewnętrzną. Po rękoczynach np. jak po litotomii lub cięciu międzykrocza, gdzie cewka moczowa bywa zranioną i gdzie przytém ułatwiamy odpływ moczu z pęcherza przez nowo utworzoną drogę, rzadko występują dreszcze i właściwa gorączka ranna, któreto objawy w ró-

żnych występują stopniach po uretrotomii wewnętrznéj. Jeżeli przejrzymy tablice przebiegu gorączki po 50ciu np. przypadkach litotomii, również tylu cięcia międzykrocza i uretrotomii wewnętrznéj przekonamy się o prawdziwości powyższego twierdzenia. Autor nie przypomina sobie po litotomii dreszczu niedającego się wyjaśnić, podczas gdy po uretrotomii wewnętrznéj autor przypad ten prawie zawsze uważał. Na czémże polega różnica? Czy urządzenie anatomiczne i fizyjologiczne cewki moczowéj u kobiet wyjaśnia nam dostatecznie brak podobnych objawów gorączki i intoksykacyi, jakie napotykamy u mężczyzn? Dla czego u osób dotkniętych znacznêm zwężeniem połyku nie występują dreszcze i gorączka po wprowadzeniu zgłębnika nawet w tych razach, w których widoczną jest rzeczą, że operacyja wywołała uszkodzenie ściany połyku? Berkeley Hill zrobił następne spostrzeżenie (*Brit. med. Journ.* 1879): „Przed 3ma laty z pomiędzy 38 przypadków uretrotomii wprowadzał cewnik w 19, a więc w połowie przypadków, pozostawiając cewkę moczową otwartą dla moczu bez względu czy przypadek był lekkim, czy téż ciężkim, w reszcie zaś nie wprowadzał cewnika. Porównywając dalszy przebieg tych przypadków znalazł wprawdzie podniesienie się ciepłoty i dreszcze w przypadkach należących do obu szeregów, ale daleko częściéj w szeregu, gdzie nie wprowadzał cewnika. W zachowaniu się dreszczów nie można było dopatrzeć się znacznéj różnicy, ale podniesienie ciepłoty zawsze miało miejsce w przypadkach, gdzie w pierwszych 24 godzinach cewnik moczu nie odprowadzał. Wpływu przepływu moczu przez ranę nie można zaprzeczyć. Ciepłota po uretrotomii pozostaje prawidłową dopóki chory wstrzymuje się z oddaniem moczu. Ale w pół godziny po przepływie moczu przez cewkę ciepłomierz wskazuje wzniesienie się ciepłoty w niektórych przypadkach nieprzekraczające 37·7°C., które w ciągu kilku godzin opada do stanu prawidłowego. Jeżeli oddziaływanie jest większe i sprowadza wyższe podniesienie ciepłoty oraz dreszcz, jest rzeczą prawdopodobną, że mamy do czynienia ze znacznêm zwyrodnieniem nerek i niebezpieczeństwo jest bliskiêm. Z tablicy ułożonéj przez Daviesa okazuje się, że z 20 przypadków, w których gorączkę mierzono co godzinę, w 8 nie wprowadzano zgłębnika a w nich ciepłota wzmagała się w 24 godzinach; najniższy stan ciepłoty był 38·8°C., najwyższy 40·1°C. Z pozostałych 12, w których wprowadzano cewnik, w 6 ciepłota po operacyi pozostała prawidłową, w 3ch pozostała prawidłową tylko dopóty dopóki zgłębnika nie usunięto, w 3ch zaś ciepłota podniosła się w nocy po operacyi pomimo obecności zgłębnika, w następnym jednak dniu była prawidłową".

Autor widział jeden podobny przypadek, gdzie wystąpiły dreszcze i gorączka po operacyi wydobycia kamienia, który leżał w ścianie cewki moczowéj tuż za zwężeniem téjże. Autor po rozszerzeniu cewki moczowéj i bezskutecznych próbach wydobycia go pozostawił naturze wydalenie kamyka. Cewka została nieco zranioną kleszczami, a stosunki po zabiegu operacyjnym były podobne jak po uretrotomii wewnętrznéj. Pomimo silnego napadu gorączki moczowéj trwającéj 2 dni chory wyzdrowiał.

Gdy autor zajęty był badaniem stosunków wśród jakich powstaje gorączka moczowa, prof. Bouchard w *Soc. de Biologie* zwrócił uwagę na trujące działanie moczu prawidłowego wstrzykniętego do krwi nawet w małéj ilości. Prawdopodobnie, zdaniem jego, działanie to polega na obecności pewnych alkaloidów w moczu. Gdybyśmy mogli oznaczyć dokładnie istoty będące w stanie wywołać tak trujące następstwa, jakie odnosimy do grupy alkaloidów, moglibyśmy może nauczyć się unikania warunków, wśród jakich istoty te powstają.

Po mniéj więcéj 100 litotomijach autor nigdy nie uważał w następstwie ich zwężenia cewki moczowéj zna zaś przypadki, w których chorzy zupełnie zostali wyleczeni ze złośliwych zwężeń przez przedłużenie rany potrzebnéj do wydobycia kamienia.

Zranienie cewki moczowéj przy urazie téj okolicy bywa zawsze uważane jako bardzo niebezpieczne z powodu najcięższych zwężeń po takich urazach. — Na powstawanie tych zwężeń bardzo wpływa plan dalszego leczenia chorego. Tu zachodzić mogą 2 przypadki: albo cewka moczowa jest zupełnie przedartą i wtedy co do leczenia nie może zajść żadna wątpliwość, albo téż jest zranioną częściowo, gdzie w celach leczniczych zazwyczaj mniéj heroicznych użyto zabiegów. Autor przytacza 2 przypadki urazowego zranienia cewki moczowéj: w pierwszym po bezskutecznych zabiegach wprowadzenia cewnika, wykonał cięcie środkowe w międzykroczu i chory zupełnie wyzdrowiał; w drugim lżejszym wprowadził miękki cewnik do pęcherza na dni 10, w którymto czasie chory już był w stanie oddawać mocz w sposób naturalny, ale po roku chory powrócił do szpitala z ciężkiêm zwężeniem. Przypadki powyższe nasuwają wniosek, że zwężenie nie jest następstwem koniecznêm zranienia cewki moczowéj i że powstanie następowego zwężenia stoi w związku ze sposobem leczenia bezpośrednio po urazie zastósowanym. Doświadczenia Harrisona zgadzają się z doświadczeniami Obersta z Halli (patrz *Volkmann's Sammlung klin. Vorträge* Nr. 210), że w przypadkach zranienia leczonych utorowaniem łatwego odpływu moczu i wysięku w ranie wewnętrznéj nie przychodzi do grożnych powikłań. Następnie przypomnieć sobie należy, jak niekorzystnemi są warunki, wśród jakich nastaje wyleczenie po uretrotomii wewnętrznéj. Cięcie usuwające zwężenie zazwyczaj poraża cewkę moczową w zakresie przekraczającym ranę. W skutek tego przebieg regeneracyi odbywa się w ranie przesiąkniętéj moczem, który zatrzymuje się za raną i rozkłada się po każdém oddawaniu moczu. Warunek ten odpada po cięciu w międzykroczu i litotomii, gdzie od czasu do czasu strumień moczu przepływa przez śliską i granulującą ranę.

Do wielu innych przyczynków do chirurgii narządu moczowego włączyć musimy spostrzeżenia Symego (*On stricture of the urethra and fistula in perinaeo*, Edinburgh 1849) o leczeniu zwężeń za pomocą cięcia w międzykroczu, spostrzeżenia nadzwyczaj doniosłe ze względu na radykalne leczenie tego cierpienia. Postępowaniem têm nie tylko osiągamy zupełne przecięcie zwężenia, ale unikamy grożnych powikłań, jakie występują po uretrotomii wewnętrznéj.

Preparaty z takich przypadków, świadczące o zupełnêm wyleczeniu zwężenia, są bardzo rzadkie, autor zna jeden z 46-letniego indywiduum zmarłego w lutym 1885 z choroby Brighta. Chory w 10tym roku życia zranił sobie cewkę moczową i cierpiał odtąd na ciężkie zwężenie cewki i liczne przetoki. W r. 1867 Bickersteth wykonał operacyję Symego, tj. cięcie międzykrocza. W r. 1869 stwierdzono, że dawniejszy chory jest zupełnie zdrów. Podczas obecnego pobytu jego w szpitalu B. stwierdził, że zwężenie nie powróciło, pomimo że chory nie zachowywał się odpowiednio przez cały ten przeciąg czasu. Po śmierci z powodu choroby nerek zbadano dokładnie cewkę moczową, przyczém nie zna-

leziono i śladu zwężenia, a nawet światło cewki moczowéj wzdłuż linii, gdzie zrobiono cięcie, było szerszém w stosunku do reszty cewki; zdaje się, że cewka w tém miejscu poddała się uciskowi moczu. Autor wykonywał często operacyję Symego ze świetnym wynikiem, w przypadkach, gdzie całe zwężenie leżało w zakresie międzykrocza. Jest rzeczą jasną, że postępowanie to zastósować się nie da w niektórych bardzo powikłanych zwężeniach z powodu położenia tychże i stosunku do międzykrocza, np. w zwężeniach po za obrębem międzykrocza albo w cewce członka. Dokładne zastanowienie się nad różnemi punktami, które autor poruszył, doprowadziło go do wniosku, że uretrotomiję zewnętrzną z korzyścią połączyćby można z uretrotomiją wewnętrzną. Czyniąc to miał autor na celu usunąć podczas procesu gojenia niekorzystne, wyżéj rozebrane, warunki bezpośrednie i odleglejsze, tj. zależne od zatrzymywania się moczu w ranie. Autor chciał stworzyć zgodnie z Gouleyem (patrz: *Diseases of the urinary organs*, New-York 1873) utkanie bliznowate powstające wśród korzystniejszych warunków gojenia.

H. przytacza historyje chorób 5ciu przypadków, w których wykonał obie uretrotomije naraz z najkorzystniejszemi wynikami. Przypadki te wszystkie dotyczyły osób z zastarzałemi zwężeniami a po części powikłanemi z przetokami w międzykroczu; w niektórych z nich poprzednio już raz wykonana uretrotomija wewnętrzna albo téż użycie metody dilatacyjnéj sposobem Holta, Watsona lub Grossa nie doprowadziły do stałych wyników, gdyż po tych zabiegach z czasem powstało na nowo zwężenie. Po wprowadzeniu drenu raną do pęcherza radzi autor dren przeprowadzać także przez przednią część cewki moczowéj, tj. od otworu zewnętrznego cewki moczowéj przez ranę, ażeby w ten sposób zapobiedz rozkładowi wydzieliny rannéj, w przypadkach zaś, gdzie cięcie jest nieco wąskie, przestrzykiwać przednią część cewki jakim płynem antyseptycznym, kilka razy dziennie, ażeby tenże choć kroplami odpływał przez ranę. Autor wykonał tę operacyję 12 razy. Po tym zabiegu podwójnym, nigdy nie uważał dreszczu ani gorączki, przypadów tak częstych po uretrotomii wewnętrznéj. Wyjątkowo tylko powstawała nieznaczna gorączka ranna. W ten sposób tylko stworzyć można nowe utkanie bliznowate w cewce moczowéj, niestykające się z moczem, możliwém źródłem drażnienia rany; gdyby nawet mocz się rozkładał i tworzył alkaloidy szkodliwe, to przez taką ranę niemożliwém jest prawie ich wessanie. Cewka moczowa zupełnie nie jest tu czynną i w ten sposób proces gojenia się jest ułatwionym. Cięcie to niewłaściwie cięciem międzykrocza nazwaćby należało, gdyż jest ono właściwie punkcyją międzykrocza wykonaną nożem, uzupełnioną bisturem galkowatym, przy któréj przez zrobiony kanał wprowadzamy dren do pęcherza; cała operacyja wymaga zaledwo kilku minut czasu; należy przytém unikać wprowadzenia palca do pęcherza, gdyż może to być powodem zapalenia gruczołu krokowego. H. operuje w ten sposób: Chorego układa jak do litotomii, wprowadza do cewki rowkowany zgłębnik i przekłuwa cewkę w odległości cala przed otworem stolcowym, długim a wąskim nożem podobnym do tego, który służy do amputacyi palców, przyczém grzbiet noża jest zwróconym ku kiszce odchodowéj; cięcie to przedłuża nieco ku przodowi, ażeby można wprowadzić palec wskazujący; najlepiéj naciąć na rowkowany kateter odrazu; jeżeli to się nie uda wprowadza się wzdłuż palca nożyk nieco tępy, jednak kończasty, umyślnie ku temu celowi zrobiony, którym przecina się nieznaczną ilość włókien pozostałych pomiędzy palcem a sondą rowkowaną; ostrym nożem rana zadana wypadłaby za wielką, albo możnaby przytém skaleczyć palec. Cięcie powinno odpowiadać grubości palca i drenu, zapobiega to krwotokowi. Metoda ta ma głównie na celu łatwy odpływ wydzieliny i spokój cewki moczowéj. Poprzedza ją uretrotomija wewnętrzna, gdyż dopiero wtedy gruba sonda da się wprowadzić.

Autor zwykle używa drenów sprężystych [1]) 4—5 cali długich nieco cieńszych od palca wskazującego; dren łączy się z rurką kauczukową będącą w połączeniu ze zbiornikiem na mocz obok łóżka umieszczonym. W przypadkach gdzie dno pęcherza ma liczne torby, dobrze jest wprowadzać dwa dreny obok siebie. Ważną jest długość drenu, który nie powinien sterczeć po nad dno pęcherza. Autor przygotowuje sobie dreny różnéj długości i w każdym przypadku stwierdza za pomocą badania przez kiszkę odchodową który zadaniu odpowie. (*British Medical Journal* 1885, *July* 18).

Dr. Bargcz.

Prof. O. Langendorf: **Przyczynek do nauki o objawie Cheyne-Stokesa.**

Objaw Cheyne-Stokesa, jak wiadomo, charakteryzuje się peryjodycznemi i naprzemian powtarzającemi się grupami i pauzami oddechowemi. Głębokość i liczba oddechów zwykle stopniowo wzmagają się i wolnieją, co atoli rozlicznym ulegać może zmianom. Lecz nietylko narząd oddechowy ale i serce z regularnego rytmu uderzeń w przerywany przejść może. Najczęściéj brak tlenu jest przyczyną sprowadzającą objaw Cheyne-Stokesa i dla tego téż objaw ten klinicznie często obserwowanym bywa w przebiegu różnych chorób serca brak tlenu we krwi za sobą pociągających lub procesów patologicznych niedokrewność rdzenia przedłużonego sprowadzających. Dusząc zwierzę ciepłokrwiste, czyto przez podwiązanie tchawicy, czyto przez przecięcie większych naczyń, czytéż wreszcie chcąc mózg i górną część rdzenia tlenu pozbawić przecinając tętnice mózgowe, nie spostrzegamy typowego objawu Cheyne-Stokesa lecz tylko niejako ułamek tegoż w postaci jednéj tylko pauzy a następnie jednéj tylko grupy oddechowéj, poczém następuje śmierć. Że przy doświadczeniu tém objaw w mowie będący nie występuje w pełni, przypisać należy szybkiemu przebiegowi samego aktu duszenia z szybko następującą śmiercią organizmu.

Langendorff zmodyfikował to doświadczenie, przedłużając akt duszenia zwierzęcia do 1—2 godzin, a wtedy mógł obserwować jak najdokładniéj typowy objaw Cheyne-Stokesa. Będąc już raz na dobréj drodze, autor starał się do doświadczenia użyć organizmu, u którego proces życia powolniéj się odbywa i późniéj wygasa. W tym celu autor wraz z Siebertem a Luchsinger z Sokolowem używali zwierząt zimnokrwistych, np. żab, i przekonali się, że wśród duszenia grupy oddechowe, które z początku występowały często, stopniowo stawały się mniéj częste, aż wreszcie ustawały zupełnie, a gdy w okresie tym podwiązkę duszącą usunięto grupy oddechowe powracały, stawały się coraz częstsze i zmieniały się wreszcie w zupełnie normalny rytm oddechowy.

Już Traube zauważył a O. Rosenbach szczególniejszy położył na to nacisk, że przy objawie Cheyne-Stokesa nietylko mamy do czynienia ze zjawiskami ze

[1]) Utkania podobnego jak katetery sprężyste angielskie.
Przyp.: Sprawozd.

strony narządu oddechowego, lecz także ze zjawiskami ze strony mózgu, ze strony ośrodka dla źrenic, dla ruchów oka, dla naczyń krwionośnych, dla tamującego czynność serca n. błędnego, dla mięśni prążkowanych i peryjodycznie zmieniających się ruchów oddechowych.

Przedewszystkiém ze strony narządu ruchowego prawie zawsze zauważyć można pewne zjawiska towarzyszące grupom oddechowym. Przed każdą grupą, żaba, która wśród pauzy jak gdyby martwa leżała, staje się niespokojną, zmienia swe miejsce, skacze, a po ukończeniu oddechania zapada znowu w dawny letargiczny spokój. Często także zauważyć można ruchy do kurczów strychninowych podobne. Po zatruciu żaby strychninem i następném duszeniu, występują wśród grup oddechowych kurcze strychninowe, wśród pauz zaś żaba opada na spód naczynia, jak gdyby bez życia. Gdy żabę wśród pauzy oddechowéj położy się na grzbiet, to pozostaje ona w téj nienaturalnéj pozycyi aż do ukończenia pauzy i dopiero wtedy przybiera położenie naturalne. Często pozostaje żaba w położeniu niewygodném i niezwykłém, które się jéj tuż przed pauzą nadało, przez całą pauzę, i dopiero po ukończeniu téjże zmienia je, co zupełnie analogicznem jest ze spostrzeżeniem klinicznem, według którego chory rozpoczętego tuż przed pauzą oddechową ruchu nie kończy, aż dopiero po ukończeniu się pauzy.

Ze strony serca zauważyć można podczas i tuż przed objawem Cheyne-Stokesa zwolnienie uderzeń serca lub nawet zupełny spokój co zapewne od podrażnienia n. błędnego pochodzi a zauważyć to można także na żabach zakuraryzowanych i zatrutych atropinem. Parcie krwi według Lucbsingera i Sokolowa nie zmienia się, co atoli autorowi, który w tym względzie własnego nie ma doświadczenia, zdaje się być wątpliwém. Zastanawiając się nad przyczyną i związkiem przedstawionych zjawisk u żab a u człowieka, dochodzi autor do wniosku, że wszystkie objawy uważać należy jako skutki peryjodycznie przerywanego drażnienia istoty korowéj mózgu i rdzenia pacierzowego. Obok braku powietrza objaw Cheyne-Stokesa wywołać jeszcze mogą bardzo rozmaite czynniki, a jako takie podają autorowie wylanie się większéj ilości krwi w okolicy rdzenia przedłużonego, wysokie przecięcie rdzenia pacierzowego niepociągające jeszcze za sobą porażenia oddechania, uśpienie chloralem (u psów), narkotyzowanie morfinem, drażnienie dośrodkowe nerwu błędnego u młodego kota, drażnienie nosowego końca n. troistego parą chloroformu. Autor wraz z Bougersem obserwował wśród snu zimowego u jeżów objaw Cheyne-Stokesa a Mosso również wśród snu zimowego u *Myoxus avellanarius*. U ludzi rozmaite choroby sprowadzić mogą objaw Cheyne-Stokesa, może on atoli wystąpić także u ludzi zdrowych wśród snu chloralowego lub niekiedy nawet wśród snu zupełnie prawidłowego.

Szukając teraz wyjaśnienia objawu Cheyne-Stokesa nasuwa się przedewszystkiém pytanie, w jaki sposób zwykłe rytmiczne oddechanie zamienić się może w peryjodycznie przerywane? Autor oświadcza się za teoryją oporu, według któréj drażnienie ośrodków oddechania w drodze swéj ku obwodowi napotyka na pewien opór, który pozwala tylko na peryjodyczne wyładowanie, w skutek czego grupy i pauzy oddechowe peryjodycznie po sobie następują. Już Traube zauważył dawniéj w przypadkach klinicznych, w których objaw Cheyne-Stokesa obserwował, obniżenie pobudliwości ośrodka oddechania i to właśnie obniżenie uważa Langendorff za ów opór. Jakkolwiek autor przyznaje, że teoryja oporu Rosenthala obecnie między fizyjologami nie ma uznania, to przecież do wytłumaczenia objawu w mowie będącego uważa ją za najodpowiedniejszą. (*Breslauer ärztliche Zeitschrift*, 1885, Nr. 14). *Dr. Momidłowski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zebrania członków Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk poznańskiego z dnia 20 czerwca 1885.

Obecni członkowie zamiejscowi Drowie Zaremba, Rymarkiewicz, Broeckere. Miejscowi: Koszutski, Osowicki. Święcicki, Swiderski, Jerzykowski, Koehler, Kramarkiewicz, Jarnatowski, Kapuściński, aptekarz p. Jagielski i sekretarz.

Przewodniczy Dr. Zaremba.

Z powodu wydrukowania protokółu z ostatniego Walnego zgromadzenia w Przeglądzie Lek.nie odczytywano go lecz przystąpiono odrazu do omówienia chorób nagminnie panujących, przy któréjto sposobności zauważa kol. Koszutski, że pojawiająca się obecnie odra nigdy od roku 1868 nie występowała w tak ciężkich i licznych postaciach. Daléj widuje kol. Koszutski wietrzną ospę równającą się prawie, pod względem wejrzenia, prawdziwéj lekkiéj ospie. Kol. K. spotyka się także ze samoistną dyfteryją i to przeważnie u dorosłych, a praktykowany przez niego sposób leczenia daje mu zawsze doskonały wynik. Często widuje nadto katar kiszek, który przypisuje złym gatunkom piwa. — Kol. Rymarkiewicz widuje od 3ch miesięcy szkarlatynę i dyfteryję, a równoczesne wystąpienie obu chorób stanowi dla niego dowód, że jeden i ten sam przyrzut wywołuje obie choroby.

Następnie kol. Swięcicki miał odczyt: O torbielach jajnikowych. Po odczycie tym wszczęła się dłuższa rozprawa, w któréj zabierali między innymi głos następujący koledzy: Dr. Osowicki, sądzi, iż, ażeby uniknąć o ile tylko się da trudności w rozpoznaniu, które zawsze zachodziły i zdarzały się nawet powagom, wypada zrobić nakłócie próbne, gdyż dopiero po niém można dokładnie torbiel namacać. Kol O. złych następstw nakłócia nie widział dotychczas, ale przyznaje, że przypadek przytoczony przez kol. Swięcickiego daje dużo do myślenia. Następnie wspomina kol. O. o przypadkach przez siebie operowanych, przemawia za operacyją ekstraperitonealną; dren zakłada przez pochwę a kikut zanurza w ranie. Przy zagłębieniu szypuły ścisłe postępowanie przeciwgnilne jest niemożebne. Metoda zaś, według któréj przedewszystkiém Simpson z takiém powodzeniem dotychczas operował, daje pogląd na pole operacyjne, a przytém umożebnia odpływ zbierających się w ranie płynów. Według Simpsona miejscem wyjścia gnicia jest właśnie wysięk i pozostała krew. — Kol. Jarnatowski wspomina, że w pewnym znanym mu przypadku operator zagłębił szypułę przypaliwszy ją Pakelinem, chora umarła a kol. J. zapytuje prelegenta czy przypalenie takie uważa za słuszne i godziwe.— Kol. Jerzykowski zgadza się w ogólności na robienie nakłócia próbnego celem dokładnego rozróżnienia torbieli od możliwych wysięków okolicznych. Przytacza przypadek, gdzie poniżéj wątroby znajdowała się opisana chełbocząca wypukłość bardzo znacznych rozmiarów, po zrobioném nakłóciu przekonano się, iż tu chodziło o wysięk opisany surowiczy otrzewnowy, a spowodowany rośnięciem raka wątroby. Nakłócie próbne nie jest niebezpiecznem chyba że sprawia wstrząs (*shock*). — Kol. Koszutski zapytuje prelegenta, dla czego robi nakłócie torbiela po przecięciu brzucha.— Kol. Święcicki odpowiadając na pojedyncze uwagi zrobione w dyskusyi, przytacza najprzód jeszcze przypadek Olshausena jako dowód, że nakłócie nie daje dostatecznéj możności dokładnego oznaczenia rodzaju torbiela pod względem rokowania. Olshausen operował dobrotliwy torbiel jajnika i to z dobrym skutkiem. Po 3 miesiącach przybyła jednakże chora ponownie, przyczém okazało się, że na całém wnętrzu otrzewny potworzyły się wspomniane przez prelegenta brodawki. Jeżeli więc już zrobić nakłócie, to w postaci peritonaeotomii. Co do umocowywania szypuły extraperitonealnie, to kol. Ś. zwraca na to uwagę, że obecnie i Spencer Wells odstąpił od tego postępowania opa-

trując intraperitonealnie. Ostatnie postępowanie jest nader prostém, nie naraża choréj ani na gorączkę ani téż jak pierwsze przez rozciągnięcie nerwów na szczękościsk i tężec. — Kol. Jarnatowskiemu odpowiada Ś., że doświadczenia Waldeyera i Spiegelberga na zwierzętach wykazały, iż przyżeganie szypuły ogniem żadnego wyraźnego wpływu na przebieg pooperacyjny nie wywiera. — Kol. Koszutskiemu nakoniec odpowiada prelegent, że przekłócie torbiela obnażonego jest koniecznêm celem wydobycia go zmniejszonego; ponieważ zaś asystent przytrzymuje brzegi cięcia, przeto płyn nie dostaje się do jamy brzusznéj, a chociażby się i dostała część jego, nie wyniknie ztąd niebezpieczeństwo, gdyż błona otrzewnowa pochłania go bez trudu.— Po kilku jeszcze wyświecających uwagach pomiędzy prelegentem a kol. Osowickim co do znaczenia wewnętrznego badania torbiela, posiedzenie zamknięto. *Dr. Wicherkiewicz.*

V. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

I.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Dopóki podróżowałem po własnych niejako śmieciach wszystko szło zgodnie i składnie. O kilka kilometrów można było przedłużyć przestrzeń codziennie przebywanéj drogi, postępując raźno i spiesznie. Po przebyciu jednak granicy sytuacyja od razu się zmieniła. Minąwszy Hanequine na pierwszéj już stacyi perskiéj zwanéj Kassyr Szeryn zacząłem się zapoznawać z gościnnością, uprzejmością i wzajemnêm okpiwaniem się Persów. Władza centralna, odpowiadając literze układu, wydała rozkaz, aby wszędzie dawano mi eskortę odpowiednio uzbrojoną dla przedostania się pośród plemion kurdzkich zajętych zwykle plądrowaniem okolicy i obdzieraniem podróżnych. Że jednak od wielkiego ołtarza do chóru nieraz bywa daleko kpiono tu sobie po prostu z otrzymanych rozkazów, i zaręczając wschodnim honorem o pewności dróg, kategorycznie odmawiano mi eskorty. Z uporem tchnącym rodową nienawiścią ku wszystkiemu co pochodzi z Turcyi, z żądzą Persów korzystania z okazyi mszczenia się za osobiście doznawane szykany w czasie ich przebywania w Iraku walczyć było nie podobna. To też mając na oku ważny cel mojéj misyi, w towarzystwie jedynie moich manatek, sam puściłem się w podróż. Raz tedy jadąc pocztą perską, zwykle szanowaną i nieznającą przeszkód, to znowu spotykając głębokie warstwy zasp śniegowych, oswojonym z niemi mułem torując sobie drogę w towarzystwie „karawan“ wiozących towary, koń za koniem, ten za osiołkiem, gęsim ordynkiem, po 17 dniach bardzo uciążliwéj podróży dotarłem do staréj Ekbatany, w któréj okolicach panowała zaraza. Skoro się tu już raz znalazłem bez straty czasu wypadało natychmiast odszukać i dotrzeć do punktów, gdzie grasowała zaraza, pospieszyć z wykazaniem jéj natury, wystudyjować przebieg i zebrać daty przekonywujące o przyczynach powstania i szkodach przez nią zrządzonych. Zaraz po pierwszém zetknięciu się z tutejszemi urzędowemi matadorami przekonałem się, że mam przed sobą zadanie niezbyt łatwe do przeprowadzenia. Raz z powodu, że moja sanitarna misyja wydawała się Persom czémś niewłaściwém, zbytecznêm w ich stosunkach zdrowotnych, nad którémi czuwające miejscowe siły fachowe były dostateczne, ich zdaniem, do wydania opinii o stopniu i doniosłości warunków zdrowia publicznego. Po drugie, uroczyste święta perskiego nowego roku (10 marca n. st.) trwające 13 dni, wzbraniając wszelkich zajęć, utrudniały zetknięcie się z władzami i otrzymanie od nich poparcia niezbędnego do zadość uczynienia moim obowiązkom. Co więcéj reprezentant władzy cywilnéj w Hamadanie Abdul-Samit-Murza, brat dzisiaj panującego Szacha, otoczył się taką zgrają teologów i ulemów perskich, że dostęp do jego osoby był dla mnie niemożebnym. I choć zjawienie się moje tutaj zaciekawiło cały ogół nie przeszkadzało to jednak do lekceważenia celu mojego tu przybycia, robienia tylko przyrzeczeń i oświadczania się z gotowością ułatwienia mi wycieczki do miejsc dotkniętych zarazą, wtedy gdy wszystko to było robionêm w zamiarze okpienia, aby tą drogą powiększyć jeszcze trudności spotykane na każdym kroku. Szczęściem dla mnie była tylko okoliczność, że z ludnością miejscową używającą języka turkomańskiego, ułatwione były stosunki dla każdego znającego język arabski i turecki. Inaczéj bowiem bez znajomości perskiego nie byłoby sposobu wywiązania się z zadania. Wprawdzie rząd stambulski ma tu swego jeneralnego ajenta w osobie jednego z zamożniejszych kupców. Ale i ten zbyt ściśle obserwujący swe doroczne uroczystości, nie był w stanie ułatwić mi cośkolwiek zadanie. Czas jednak naglił. Międzynarodowa Rada zdrowia w Stambule wymagała spiesznéj o zarazie wiadomości, od któréj zależało zarządzenie środków ostrożności na całém pograniczu. Należało więc działać z pośpiechem, posługując się wyłącznie własnemi siłami. W obcym kraju, w stosunkach miejscowych zupełnie nieznanych działać czynnie i z pewnym programem, zdarzyć się może chyba tylko tureckiemu urzędnikowi sanitarnemu. Parodniowy téż pobyt w Hamadanie o têm tylko pozwolił mi się zapewnić, że zaraza nieznanéj natury w istocie istniała w okolicach, lecz że od kilkunastu dni zupełnie ustała i że w miejscach, gdzie wybuchła, bawi dwóch lekarzy perskich wysłanych z Teheranu w celu zarządzenia i czuwania nad przeprowadzeniem dezinfekcyi punktów zakażonych. Że jednak podobne szczegóły okazały się zbyt niedostatecznemi do zdania sobie sprawy z przebiegu epidemii, postanowiłem co rychléj dostać się do okolicy dotkniętéj zarazą, aby tam po prawdopodobnêm spotkaniu się z delegatami perskiéj służby zdrowia przekonać się o istotnym stanie groźnéj téj kwestyi. Zaraza grasowała w okolicy zwanéj doliną Serderut położonéj w departamencie Karagan, na północ od Hamadanu i w odległości czterech dni podróży konnéj. Walcząc więc z ciężką tutejszą tegoroczną zimą odbyłem tę wycieczkę w najgorszych warunkach i podobny do nałogowego myśliwego, coraz to bardziéj ścieśniałem łańcuch mojéj obławy za dżumą. W towarzystwie jednego jedynie przewodnika, który sowicie opłacony zdecydował się ruszyć do miejsc ogólną wzbudzających trwogę, dotarłem do miejscowości zwanéj Mansurabad. Tutaj téż rozpocząłem moją właściwą czynność.

Najbardziéj naglącém było zapewnienie się o naturze choroby. Ponieważ zaś delegaci perscy już przed paroma tygodniami opuścili miejscowość, w któréj wypadło mi przeprowadzić ścisłe poszukiwania, byłem więc zmuszony wziąć się do pracy samoistnie, aby zebrać potrzebne mi szczegóły. Byłoto rzeczą trudną i stawiającą mnie w zbyt przykréj sytuacyi wobec zdziwionych mojém przybyciem mieszkańców. To téż wszystkie wiadomości, jakie udało mi się zebrać, zawdzięczam wyłącznie, spotkanemu w Mansurabadzie, podróżującemu kupcowi nazwiskiem Saadet-Kuli, który przybywszy tu z Teheranu w skutek wybuchu zarazy nie mógł skończyć swych interesów, będąc zmuszony do dłuższego tu pozostania. Za jego więc pośrednictwem i po

odszukaniu czterech mężczyzn, którzy jakkolwiek dotknięci zarazą uniknęli jednak nieszczęśliwych jéj następstw, mogłem już żrobić pewien krok naprzód. Nim jednak opowiem, z jaką patologiczną plagą miałem tu do czynienia, poprzedzę jéj rozpoznanie krótką wzmianką o charakterze saméj miejscowości.

Dolina Serderut z trzema wioskami zwanemi Hay, Odżak i Mansurabad, które właśnie ucierpiały w ostatniéj epidemii, jestto kotlina otoczona pasmami wysokich wzgórz należących do formacyi po części trzeciorzędnéj, przeważnie jednak napływowéj, mianowicie w pasie swym południowo-zachodnim. Całą dolinę pokrywają bagna, po części tylko pozwalające na uprawę ryżu i to tam tylko, gdzie spływające górskie strumienie pozwalają przeprowadzić łatwiejsze nawodnienie. Cala okolica pozbawiona zarostu drzewnego, przedstawia krajobraz smutny i ubogi. Mieszkańcy kilku rozrzuconych po dolinie wiosek zajmują się przeważnie hodowlą owiec i tylko gdzieniegdzie, korzystając z suchszéj przestrzeni, uprawiają rolę. Częsty nieurodzaj, prawie corocznie panujące choroby pośród zwierząt domowych; nieubłagane zdzieranie podatku w ziarnie i groszu przez właściciela tych miejscowości, którym jest Machmud Khan, perski minister spraw zagranicznych, czynią, że byt socyjalny tutejszego wieśniaka jest nietylko opłakanym ale pogrążającym go w stan nędzy. Łatwo się o têm przekonać z postaci samych wiosek. Domy tu, a właściwie lepianki z gliny, są niskie, szczupłe, źle przewietrzane, pomieszczone wprawdzie na pewnêm wzniesieniu, lecz stale otoczone kałużami bagien, na pozór ukrytych pod warstwami nagromadzonych z latami nieczystości, lecz têm samêm wywierających najszkodliwszy wpływ na zdrowie mieszkańców. Strumień zwany „Serap“ bez źródła i ujścia, sączący się wśród stert zawierających pierwiastki w stanie gnilnego rozkładu, jest tu jedynym zbiornikiem wodnym, z którego ludność zaspakaja pragnienie i codzienne potrzeby domowe. Nic więc dziwnego, że przy tego rodzaju warunkach higijenicznych okolica ta często bywa nawiedzaną przez choroby zakaźne téj lub owéj natury, z przebiegiem więcéj lub mniéj złośliwym. Takąto właśnie miejscowość i w tym roku obrała sobie mordercza zaraza za pole swego rozwoju, poprzedzonego prawie zupełnêm zniszczeniem trzód, bez różnicy rasy. Ściśle uwzględniając podane mi daty, zdołałem się zapewnić, że właśnie, gdy w początkach stycznia b. r. epizoocyja zdawała się ustawać, już podobnie dotkliwą stratą doświadczona ludność z nową spotkała się plagą, têm bardziéj niespodzianą, że wybuchła w epoce uważanéj za niewłaściwą ku jéj rozwojowi. Zakaźne bowiem stany chorobowe zwykle zaczynają się tu szerzyć w początkach lutego. W tym jednak roku styczeń był tu bardzo pogodnym, pora prawie wiosenną; słońce jakby wynagradzając za przykrą jesień, operowało z większą jak zwykle siłą. Wszystko zdawało się powracać do nowego życia; wszystko, a zatêm i wyziewy powstałe z istot w stanie gnilnego rozkładu, spieszącego się niejako skończyć co rychléj swój proces chemiczny, dzięki wyjątkowo korzystnym warunkom atmosferycznym. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,9. Z odry umarło 3 (5 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku odry, 1 płonicy, 2 krztuśca, 1 błonicy. W tygodniu od 2—8 sierpnia umarło z ospy w Hamburgu, Mnichowie, Bazylei i Petersburgu po 1, w Paryżu i Rzymie po 2: w Wenecyi 3; w Warszawie i Budapeszcie po 4; w Londynie 5; w Odesie 6; w Wiedniu 14. Zachorowało na ospę w Hamburgu 2, w Budapeszcie 18, w Londynie 45, w Wiedniu 51. Na dur brzuszny zapadło w Wiesbadenie od 26 lipca do 2 sierpnia osób 82, umarło 8; od 2—8 sierpnia zapadło 52, umarło 6. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,8; w Warszawie 43,5; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 25,9; w Budapeszcie 31,6; w Pradze 31,9; w Berlinie 27,9; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Hamburgu 25,4; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1: w Amsterdamie 17,6; w Bazylei 18,8; w Brukseli 21,9; w Chrystyjanii 22,3; w Kopenhadze 20,2; w Londynie 21,9; w Odesie 42,3; w Paryżu 20,5; w Petersburgu 27,7; w Rzymie 24,3; w Stokholmie 18,6; w Wenecyi 31,8; w Zürychu 22,1.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 września. W tych dniach opuścił prasę we Lwowie Kalendarz lekarski na rok 1886 układu Dra Jana Stelli Sawickiego, inspektora szpitalów w Galicyi, Członka Rady zdrowia (Lwów, nakładem księgarni Gubrynowicza i Schmidta 1886). Czwarty ten rocznik tego pożytecznego wydawnictwa jest pod każdym względem poprawniejszém wydaniem rocznika z roku bieżącego. Wszystkie działy zostały przejrzane, pouzupełniane, a niektóre przerobione, znajdujemy téż kilka nowych, a nader pożądanych, rozdziałów, jak: Wykaz nowych środków lekarskich (z podaniem wskazań, sposobu użycia i dawek), Analiza plwociny itd. Zestawienie służby zdrowia w Galicyi doznało też bardzo odpowiedniéj zmiany, gdyż obejmuje wykaz doktorów medycyny, chirurgów i weterynarzy, nie jak dawniéj w porządku alfabetycznym według nazwisk ale podano wykaz ten według powiatów przez co ułatwiono odszukanie lekarzy w pewnéj miejscowości praktykujących co nieraz może być potrzebném.

Wydawnictwu temu już w latach poprzednich oddawaliśmy pochwały, a że zasłużyło na nie, to dowodem tego, iż kalendarz ten, całkiem słusznie, wypiera powoli dawniéj u nas w użyciu będące kalendarze niemieckie a nakład jego na rok bieżący został wyczerpanym, co najlepiéj świadczy o jego praktyczności. Gdy zaś w roczniku na r. 1886 wprowadzono pożądane zmiany i poczyniono dodatki, przeto spodziewać się należy, że i w tym roku dozna Kalendarz ten równego poparcia ze strony kolegów, których uwagę na niego zwracamy.

* Namiestnictwa Galicyi i Bukowiny otrzymały w tych dniach rozporządzenie ministeryjalne dotyczące środków zapobiegawczych, które przedsięwziąć należy, gdyby doniesiono o pojawieniu się cholery w Rumunii lub w Królestwie. Rozporządzenie to brzmi podobnie jak zeszłoroczne, wydane również w celu zapobieżenia cholerze na wschodnich granicach Państwa austryjackiego, a dotyczy głównie przejezdnych koleją żelazną i ich pakunków. Władze cłowe i kolejowe otrzymały rozkazy od Namiestnictwa skarbu i handlu, aby się bezwarunkowo zastosowały do odnośnych rozporządzeń władz politycznych — a zabiegi te są zupełnie usprawiedliwione wobec okoliczności, że zaraza może być snadnie zawleczoną do portów Morza Czarnego.

* W Akademii lekarskiéj paryskiéj odczytał Cornil rozprawkę swoją o prątkach kiły wykrytych przez Lustgartena. Badania podjęte z inicyjatywy Alvaresa i Tavela doprowadziły go do przekonania, że w fizyjologicznych wydzielinach błon śluzowych części płciowych znajdują się mikroorganizmy identyczne pod względem postaci i wielkości z prątkami Lustgartena; prątki te barwią się nawet tak samo jak prątki L. To téż skłania C. do wypowiedzenia przestrogi, aby bez dalszych dochodzeń nie uznać prątków L. za istotną przyczynę kiły.

* W ostatnim tygodniu wydarzało się w Hiszpanii dziennie 4.000 do 5.000 przypadków cholery a 1.400 do 1.800 przypadków śmierci. Położeniu Madrytu, a zwłaszcza okoliczności, że z gór okolicznych bywa zaopatrywany w wyborną wodę przy-

pisać należy, że stolica kraju stawia dotąd dosyć skuteczny opór zarazie. Wiadomość, że od dnia 23 do 25 z. m. uległo cholerze kilka osób w Nicei wywołała popłoch. Równocześnie donoszą o „przypadkach podejrzanych“ z Voltri Ridoliguerre i Sestri-Ponente w Liguryi. W Marsylii zmniejsza się nasilenie zarazy; dnia 26 z. m. wydarzyło się tamże tylko 27 przypadków śmierci. Z Berlina udali się Drowie Frank i Hack do Marsylii, aby zbadać chemicznie i drobnowidowo wodę na przedmieściu St. Loup, gdzie zaraza głównie się usadowiła. Z Tulonu donosi pewien lekarz do *Gaz. des Hôpitaux,* że od dnia 19 z. m. szerzyła się zaraza gwałtownie, występując równocześnie w kilku miejscowościach. Już w kilka godzin ulegały ofiary zarazie i to nietylko z klasy uboższéj. Pomiędzy zmarłymi byli oficerowie, jeden lekarz, uczniowie medycyny itd. W szpitalach wykonywa się wlewanie do żył na wielkie rozmiary, dotychczas jednak nie można było nabyć przekonania o skuteczności tego sposobu leczenia.

* **Wiadomości osobowe.** Radca Ministerstwa i referent spraw lekarskich w Ministerstwie spraw wewnętrznych Dr. Franciszek Schneider otrzymał szlachectwo jako właściciel orderu korony żelaznéj IIIciéj klasy. — W zakładzie dla umysłowo chorych w Pradze pełni obowiązki dyrektora najstarszy prymaryjusz Dr. Kratochwil. — Zwłoki Dra Thuilliera zmarłego w roku zeszłym w Egipcie, członka Komisyi francuskiéj, wysłanéj celem zbadania etyjologii cholery, przewieziono na koszt Rządu do Francyi.

* **Nekrologjia.** W Elisabetgrodzie zmarł Dr. Jan Jastrzemski urodzony w Jaśle 1834.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 35: Zagórskiego: Dwa przypadki zwichnienia kości ramieniowéj ku tyłowi; Funka: Trądzik bliznowy; Baranowskiego: O leczeniu ostrych gorączek (dok.); Bujwida: Z pracowni prof. Kocha. — W *Medycynie* Nr. 35: Poznańskiego: Dławiec i błonica (c. d.).

Piśmiennictwo lekarskie. LANGLEBERT. Traité pratique des organes sexuels. Av. fig. 18 Paris, Doin. Fr. 7.

LIEBREICH O. u. LANGGAARD. Medicinisches Recepttaschenbuch. 1 Lfg. 8. Berlin, Tb. Fischer. M.—50.

LÖBKER Karl. Chirurgische Operationslehre. 1 Hälfte. Mit 107 Holzschn. gr. 8. Wien, Urban et Schwarzenberg M. 5.

LÖWE L., Die Krankheiten d. Ohres u. d. Nase 1. Thl. gr. 8. Berlin, Hempel. M. 7.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. K. Grabowski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod tymcz. zarządem Bol. Dembowskiego.